

embrionară [10]. El a descris asocierea defectelor scheletale, cum sunt vertebrele și coastele hipoplastice.

Lowell D. și colaboratorii descrie două cazuri de hernie lombară asociată cu menigomyelocel, un caz cu anomalia diafragmului și unul cu tractul renal [4]. Hancock B.J. cu colaboratorii a descris două cazuri de diabet maternal asociat cu hernie lombară și absența tibiei [3].

Cele relatate demonstrează că herniile lombare congenitale sunt rare și fiecare caz este particular și unic. Examinarea acestor pacienți este migăloasă și trebuie să se facă cu precauție, deoarece în majoritatea cazurilor diagnosticul corect este stabilit tardiv.

Bibliografie selectivă

1. Biance N., Hardwigsen J., Morera P. et al., *Hernie du triangle de Jean-Louis Petit: intérêt de la réparation par voie coelioscopique*. Journal de chirurgie. 2006, vol. 143, n3, pp. 199-201.
2. Carrelet J., Naim-Hindi H., Delmarre B., *Hernie lombaire étranglée : une cause rare d'occlusion du grêle*. Presse Méd., 1987, 16, (12): 586-587.
3. Hancock B.J., Wiseman N.E., *Incarcerated congenital lumbar hernia associated with the lumbocostovertebral syndrome*. J Pediatr Surg. 23(8)782-783, 1988.
4. Lowell D., Guzzetta P., *Lumbar hernia in a case of posterior meningomyelocele*. J Pediatr Surg 1986, 21: 913- 914.
5. Mgbakor A. C., Bami G., Barthe L. et al., *Les difficultés diagnostiques des hernies lombaires a propos de 7 cas*. Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (6) p. 334-336.
6. Orcutt T.W. *Hernia of the superior lumbar triangle*. Ann. Surg., 1971, 173 (2) 294-297.
7. Pul M., Pul N., Gurses N., *Congenital lumbar (Grynfelt-Lesshaft) hernia*. Eur J Pediatr Surg. 1(2)115-117, 1991.
8. Salmon R., Millat B., Cayral F., Larrieu H., *Hernie lombaire*. J. Chir., 1979, 116, (10) : 593-594.
9. Somuncu S., Bernay F., Rizalar R. et al col., *Congenital lumbar hernia associated with the lumbocostovertebral syndrome: two cases*. Eur J Pediatr Surg. 7(2)122-124, 1997.
10. Touloukian R., *The lumbocostovertebral syndrome: a single somatic defect*. Surgery 71: 174-181
11. Watson L., *Hernia: anatomy, etiology, symptoms, diagnosis, differential diagnosis, prognosis and treatment*. 1948, 3rd edn. cv Mosby, St Louis.

Rezumat

Herniile lombare congenitale sunt rare și fiecare caz este particular și unic. Examinarea acestor pacienți este migăloasă și trebuie să se facă cu precauție, deoarece în majoritatea cazurilor diagnosticul corect este stabilit tardiv.

Summary

Lumbar hernias are rare explaining the few cases published and the diagnostic difficulties. Congenital lumbar hernias are rare abdominal parietal defects in infants and children. Approximately 10% of all lumbar hernias are congenital and the vast majorities are unilateral. Lumbar hernias are associated to the lumbo-costovertebral syndrome (caudal regression anomalies, diaphragmatic hernia, ureteropelvic junction obstruction, cloacal exstrophy and lipomenigocele). The present case emphasises that thorough examination and follow-up are essential in the management of children with unusual body wall defects.

VOLUMETRIA CT ÎN EVALUAREA DONATORILOR DE FICAT VII

Mirela Boros, dr. în medicină, **Ioana Lupescu**, dr. în medicină, conf.univ.,
Șerban Georgescu, dr. în medicină, prof.univ., Clinica de Radiologie și Imagistică
Medicală Fundeni, București

Scopul. Acuratețea explorării computer tomografice ca metodă de măsurare a volumului grefei hepatice.

Materiale și metode. Studiu prospectiv pe 7 ani (2000-2007). Lotul de studiu: 75 potențiali donatori de fragment hepatic, din care 29 au donat un lob hepatic.

Aparatul folosit pentru achiziția datelor: CT Aura-Philips monoslice. Prelucrarea datelor s-a făcut cu o stație postprocesare imagini EasyVision Philips.

Gold-standard: datele obținute au fost comparate cu cele obținute prin cântărirea fragmentelor de ficat după hepatectomie (densitate ficat 1g/cm³)

Rezultate. Concordanța 100% între datele obținute CT și cele obținute prin cântărire directă în 50% din cazuri. Supraestimare CT în 34% din cazuri cu maxim 20%. Subestimare CT în 15% cazuri cu 10-20%.

Concluzii

1. Estimarea preoperatorie a volumului grefei hepatice obținute pe baza examenului CT efectuat la donatorii potențiali de ficat este corectă în majoritatea cazurilor.

2. Pierderile lichidiene intraoperatorii, variabilitatea planului chirurgical față de vena hepatică medie, precum și variații ale densității parenchimului hepatic pot contribui la diferențe între datele obținute CT și cele reale.

Summary

Objectif. De démontrer la valeur de la tomodensitométrie dans l'évaluation du volume hépatique chez les donneurs vivants.

Materiels et méthodes. Etude prospective sur une période de 7 ans (2000-2007) sur un lot de 75 donneurs vivants de fragment hépatique parmi les quelles 29 ont donne un lobe entier. Tous les examens ont été effectués sur un appareil en mode hélicoïdale mono coupe- CT Aura-Philips . Le posttraitement a été réalisé sur une console EasyVision Philips. Les données obtenues ont été comparées avec celles obtenues après hépatectomie et la mesure exacte-le poids(g/cm³) - du fragment hépatique utilisée pour le transplant.

Résultats. On a obtenu une concordance de 100% entre les données de la TDM et la mesure directe du poids dans 50 % des cas . Une surestimation- maximale de 20% - a été présente dans 34% cas. Une sous-estimation de 10-20% a été présente dans 15% des cas.

Conclusions. L'évaluation préopératoire du volume de la greffe hépatique obtenue sur les données de l'examen TDM est correcte dans la majorité des cas. Les pertes liquidiennes intraopératoires, la variabilité du plan chirurgical par rapport à la veine hépatique moyenne et aussi les variations de la densité du parenchyme hépatique peuvent contribuer à la discordance entre les résultats obtenus par les mesures en TDM et les mesures réelles.

ANOMALIES ACQUISES DU SYSTEME PORTE: EVALUATION EN SCANNER ET IRM

Ioana Lupescu, M. Grasu, N. Campeanu, S.A.Georgescu,

Service de Radiologie et Imagerie, Hôpital Fundeni, Bucarest, Roumanie

Introduction. Les maladies intéressant la veine porte sont représentées par l'hypertension portale, la thrombose, le cavernome, les shunts intrahépatiques, les anévrysmes du système porte, les thromboses portales et le gaz au niveau des structures portales . En dehors de toute pathologie vasculaire du système porte, la cartographie du tronc porte est souvent demandée dans un but préopératoire de chirurgie d'exérèse des tumeurs du foie ou du pancréas mais également avant toute chirurgie de dérivation sur hypertension portale ou avant transplantation hépatique.

Techniques. La tomodensitométrie (TDM) a été réalisée sans et avec injection de produit de contraste iodé utilisant une acquisition spiralee (AS) en phases multiples (artérielle, portale) et dans des cas sélectionnés en phase parenchymateuse sur un appareil monobarrette. Le protocole a compris des coupes de 7 mm épaisseur ; pitch de 1,25 ; incrément: 5 mm. On a injecté un volume de 100 ml contraste iode non ionique; débit : 4 ml/sec. La phase artérielle a été réalisée à 25-30 secondes après le début de l'injection du produit de contraste, la phase portale a été réalisée après 45-55 secondes par rapport au début de l'injection, et la phase parenchymateuse après 3-5 minutes.

L'IRM a été réalisée sur un appareil de 1,5T en pondération T2 FSE et T1 FSPGR sans et après injection utilisant des études dynamiques ou des séquences d'angio-MR 3D FSPGR en phases multiples. Comme contraste on a utilisé en IRM du contraste extracellulaire (Gd-DTPA : 0,2 ml/kgc) et dans des cas sélectionnés du contraste spécifique hépatocitaire (Gd-BOPTA : 0,1 ml/Kgc).